Document generated on 06/03/2025 12:05 p.m.

Relations industrielles
Industrial Relations

Bilan relatif aux dispositions de la LSST
Vers une application intégrale?
Overview of Provisions of the AROHS (Quebec)
Towards a Generalized Application?
Balance relativo a las disposiciones de la LSSO
¿Hacia una aplicación integral?

Geneviève Baril-Gingras, Michel Vézina and Katherine Lippel

Volume 68, Number 4, Fall 2013

Le Réseau de recherche en santé et en sécurité du travail du Québec : un bilan de dix ans
The Quebec Occupational Health and Safety Research Network: A Ten Year Update

URI: https://id.erudit.org/iderudit/1023011ar
DOI: https://doi.org/10.7202/1023011ar

See table of contents

Publisher(s)

Département des relations industrielles de l'Université Laval

ISSN

0034-379X (print)
1703-8138 (digital)

Explore this journal

Cite this article

Baril-Gingras, G., Vézina, M. & Lippel, K. (2013). Bilan relatif aux dispositions de la LSST : vers une application intégrale? *Relations industrielles / Industrial Relations*, *68*(4), 682–708. https://doi.org/10.7202/1023011ar

Article abstract

More than thirty years after the adoption of the Quebec Act respecting occupational health and safety (AROHS), the regulations respecting the prevention programme (PP), the health programme specific to the establishment, joint OHS committees (JOHSC) and workers' safety representatives (WSR) have not yet been implemented in all occupational sectors, as was the original intention. The AROHS contains provisions respecting JOHSC's and WSR's on construction sites that are still not in force. Can this be justified, if one takes into account the cumulative scientific knowledge on these types of measures, and their adoption elsewhere? This article addresses these questions. In the vast majority of Canadian jurisdictions, measures such as the PP, the JOHSC and the WSR (in small workplaces) are mandatory in all economic sectors. Studies about systems similar to the PP show positive results, as is the case in Quebec when the effective implementation and the content of the programmes are take into account. Literature reviews on health programmes indicate positive results, such as the implementation of primary prevention measures, as is the case for studies completed in Quebec. At the international level, more favorable OHS results are observed where there is representative participation of workers than where the employer manages health and safety by itself. Studies support the relevance of provisions like the JOHSC, while also documenting the conditions necessary for effectiveness; studies from Quebec generally show positive intermediate and final results. As for the WSR, they stimulate preventive activities. In construction, these representation mechanisms have a positive and important role to play. The review of the scientific literature illustrates the determining role of context and the conditions of implementation: this may help define public policy. All in all, the fact that these provisions at the heart of the AROHS do not cover all economic activity sectors cannot be justified based on scientific knowledge and on their application in other jurisdictions. Their adoption could, in the future, serve as the foundation for other measures that are required to respond to the changes in employment relations and the nature of work.

Tous droits réservés © Département des relations industrielles de l'Université Laval, 2013

This document is protected by copyright law. Use of the services of Érudit (including reproduction) is subject to its terms and conditions, which can be viewed online.

https://apropos.erudit.org/en/users/policy-on-use/

érudit

This article is disseminated and preserved by Érudit.

Érudit is a non-profit inter-university consortium of the Université de Montréal, Université Laval, and the Université du Québec à Montréal. Its mission is to promote and disseminate research.

https://www.erudit.org/en/

 © DÉPARTEMENT DES RELATIONS INDUSTRIELLES, UNIVERSITÉ LAVAL - ISSN 0034-379X – RI/IR, 68-4, 2013, 682-708

Bilan relatif aux dispositions de la LSST : vers une application intégrale?

Geneviève Baril-Gingras, Michel Vézina et Katherine Lippel

La loi québécoise sur la santé et la sécurité du travail (LSST) a été adoptée en 1979. Or la réglementation concernant ses quatre mécanismes clés (programme de prévention, programme de santé, comité de santé et de sécurité et représentant à la prévention) n'a toujours pas été étendue à tous les secteurs d'activité économique, contrairement à ce qui était prévu. De même, les dispositions concernant les comités et les représentants sur les chantiers de construction n'ont pas été promulguées. L'article expose les fondements de ces mesures et examine les questions suivantes : Des mesures semblables ont-elles été adoptées dans d'autres juridictions du Canada et des pays industrialisés? Que disent les études scientifiques internationales et québécoises sur les effets de ces dispositions ou de dispositions semblables?

MOTS-CLÉS : législation, santé et sécurité du travail, prévention

Problématique

Les politiques publiques peuvent être de puissants leviers en prévention (Bambra, 2011; Muntaner *et al*., 2010). Depuis 1979, le Québec dispose d'un instrument légal visant l'élimination à la source des risques pour la santé et la sécurité (SST) des travailleuses et travailleurs, la *Loi sur la santé et la sécurité du travail* (LSST). Deux de ses dispositions visent l'identification systématique des risques, l'implantation et le suivi des mesures préventives (le programme de prévention [PP] et le programme de santé [PSSE]); deux autres visent la participation représentative des travailleuses et des travailleurs (le comité de santé et de sécurité [CSS] et le représentant à la prévention [RP]).

Ces dispositions devaient s'appliquer progressivement à tous les secteurs d'activité économique, répartis à l'époque en six groupes selon une évaluation du

Geneviève Baril-Gingras, professeure titulaire, Département des relations industrielles, Université Laval, Québec, Québec (genevieve.baril-gingras@rlt.ulaval.ca).

Michel Vézina, professeur titulaire, Département de médecine sociale et préventive, Université Laval, Québec et médecin conseil en santé au travail à l'Institut national de santé publique du Québec (michel.vezina@msp.ulaval.ca).

Katherine Lippel, professeure titulaire, Faculté de droit, section droit civil, Université d'Ottawa et titulaire de la Chaire de recherche du Canada en droit de la santé et de la sécurité du travail, Ottawa, Ontario (klippel@uottawa.ca).

niveau de risque. Or, plus de trente ans plus tard, seule une minorité d'employeurs, de travailleuses et travailleurs sont couverts par l'ensemble des dispositions de la LSST : les règlements concernant les quatre dispositifs précités ont été adoptés pour les groupes I et II, mais seuls ceux concernant les programmes de prévention et de santé couvrent le groupe III. Aucun de ces mécanismes n'est en vigueur dans les groupes IV, V et VI[1]. Des dispositions spécifiques au CSS et au RP sur les chantiers de construction sont inscrites dans la loi, mais n'ont jamais été promulguées.

En 2000[2] (CSST, 2000 : 76), seulement 13,8 % des travailleuses et travailleurs étaient couverts par les quatre mesures (groupes I et II) et 26,1 % par au moins deux d'entre elles (groupes I, II et III). La grande majorité des femmes au travail n'est pas couverte par ces mesures : en 1997, on a évalué que 85 % des travailleuses, comparativement à 60 % des travailleurs, se retrouvaient dans les groupes IV à VI (Messing et Boutin, 1997). Une analyse spéciale des données de l'Enquête québécoise sur des conditions de travail, d'emploi et de santé et de sécurité du travail (EQCOTESST) montre que les travailleuses et travailleurs des groupes IV, V et VI connaissent des conditions de travail reconnues comme pathogènes (Vézina *et al.*, 2014, à paraître) : ces contraintes physiques ou organisationnelles sont parfois plus importantes dans ces secteurs non couverts par les mécanismes préventifs examinés, que dans les groupes I, II et III qui le sont, en tout (dispositions sur le PP, le PSSE, le CSS et le RP) ou en partie (PP et PSSE). Quant aux travailleurs et travailleuses de la construction, ils sont surreprésentés dans les lésions et les décès liés au travail : en 2011, les travailleuses et les travailleurs de ce secteur ne représentaient que 4,6 % de ceux couverts par la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST)[3]. Or, la CSST a reconnu cette année-là 68 décès pour accidents du travail, dont 13 dans le secteur de la construction (CSST, 2012a), soit 19,1 %; par ailleurs, sur les 136 décès reconnus pour maladie professionnelle, 40 concernaient des travailleurs de la construction, soit 29,4 % (CSST, 2012a).

En 1985, bien que 86 % des établissements de plus de 20 employés couverts par cette obligation aient soumis un PP à la CSST en 1984 (Plasse, 1988 : 43), l'application aux autres secteurs de la réglementation sur ces mesures préventives a été interrompue. Leur application (partielle) au groupe III s'est faite sur un vote divisé, le président de la CSST utilisant alors son vote prépondérant pour recommander au gouvernement l'adoption de la réglementation, ce qui ne fut fait que pour les deux premières mesures. Par la suite, malgré des tentatives de la présidence de la CSST et des pressions syndicales (CSD *et al.*, 2000), il n'y eut pas de consensus au conseil d'administration (CA) de la CSST; son président n'utilisa plus son vote prépondérant, ni le gouvernement la possibilité offerte par l'article 225 de la LSST d'adopter lui-même un règlement, à défaut par la CSST de l'avoir fait dans un délai raisonnable. Des discussions plus récentes au CA de la CSST, où

se trouvaient dans la balance, d'un côté, l'extension des mesures préventives et de l'autre, des mesures visant la réduction des coûts de l'indemnisation[4], se sont aussi soldées par un échec. Le rapport du « Groupe de travail chargé de faire des recommandations sur le régime québécois de santé et de sécurité du travail » (2010) (ou Comité Camiré) ne fût signé que par son président, les parties ne s'étant pas entendues. Une nouvelle tentative au CA de la CSST a mené à une proposition supposée refléter un consensus (CSST, 2011), plus tard interprétée différemment par les parties. Le projet de loi 60, déposé en avril 2012, fût décrié de tous côtés et la commission parlementaire qui devait l'examiner fût annulée, des élections étant déclenchées.

Plus de trente ans après l'adoption de la LSST, le fait que la réglementation visant la mise en place de ces dispositions au cœur de la LSST ne soit pas étendue à tous les secteurs d'activité peut-il se justifier, si on s'appuie sur les connaissances scientifiques quant à leurs effets? Sont-elles adoptées dans d'autres juridictions ou ont-elles rencontré des obstacles similaires, ce qui mettrait en doute leur pertinence et leur faisabilité? Pour répondre à ces interrogations, on examinera les deux questions suivantes :

- Des mesures semblables ont-elles été adoptées dans d'autres juridictions du Canada et d'autres pays industrialisés?
- Que disent les études scientifiques internationales et québécoises sur les effets de ces dispositions ou de dispositions semblables?

Pour éclairer cette dernière question, on rappellera chaque fois, brièvement, le fondement sur lequel s'appuient ces mesures.

Bien que cet examen n'ait pas été fait dans le cadre des activités du Réseau de recherche en santé et en sécurité du travail du Québec, il répond à l'un de ses objectifs, soit de « développer et soutenir le transfert de connaissances vers les principaux décideurs et intervenants du monde du travail et de la santé et de la sécurité du travail ».

Méthodologie

Nous avons repéré les conventions et recommandations pertinentes de l'Organisation internationale du travail (OIT) sur son site Internet. L'examen des législations des autres juridictions canadiennes s'est fait sur la base d'une comparaison déjà effectuée en 2000 (Simard, 2000), mise à jour puis complétée avec les dispositions particulières s'adressant aux chantiers de construction, par le biais du site de l'Association des commissions des accidents du travail du Canada et de CanLII (voir Baril-Gingras *et al.*, 2013). Nous avons examiné le contenu de la Directive européenne 89/391/CEE « concernant la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs au travail »,

à laquelle tous les pays de l'Union européenne se sont harmonisés. Nous avons utilisé l'étude la plus récente recensée (Smitha, 2000; Smitha *et al.*, 2001) sur les dispositions similaires aux États-Unis.

Pour répondre à la deuxième question, nous avons tout d'abord recensé les études menées au Québec sur l'un ou l'autre des mécanismes de prévention depuis leur adoption. Ces études québécoises ont été repérées dans les bases de données bibliographiques Web of Knowledge (incluant Web of Science et Medline), JSTOR et Repère (pour la revue québécoise *Travail et Santé*, ces articles nous ayant menés vers deux thèses), le catalogue ISST de la CSST et le site de l'Institut de recherche Robert-Sauvé en SST, les publications du Groupe de recherche sur les aspects sociaux de la prévention (GRASP) de l'Université de Montréal, le tout à l'aide de mots clés (français et anglais) décrivant les mesures examinées.

Pour la littérature internationale, nous nous sommes d'abord limités aux revues des écrits et aux études comportant une revue des écrits. Elles ont été repérées dans les banques de données déjà citées et sur les sites d'organismes de recherche dédiés à la SST au Canada (Institute of Work and Health en Ontario et WorkSafeBC) et, à l'étranger, comme le Health and Safety Executive (Royaume-Uni), le Finnish Institute of Occupational Health (Finlande), le National Research Centre for Occupational Health and Safety Regulation (Australie). S'ajoutent des ouvrages scientifiques ou des chapitres d'ouvrages collectifs qui ont le même objet.

Nous avons retenu les travaux qui éclairaient les résultats ou les effets des mesures. Il s'agit tant de résultats finaux (lésions) que de résultats intermédiaires (Shannon, Robson et Guastello, 1999 ; Robson *et al.*, 2001), tels que les mesures préventives implantées. Il est en effet recommandé, dans les études évaluatives d'intervention en SST, de mesurer de tels effets intermédiaires, même lorsque l'objectif de l'intervention est de réduire les taux de lésions (effet final) (Shannon, Robson et Guastello, 1999). Ces publications ne représentent donc pas un état exhaustif des connaissances sur l'implantation de ces mesures, ni sur le rôle de différents facteurs susceptibles d'influencer leur efficacité (processus d'implantation, contexte des établissements, etc.). Cela supposerait une revue des écrits spécifique et dépasserait l'espace alloué à un seul article[5]. Cependant, lorsque les travaux recensés, parce qu'ils examinent les effets, font aussi état de résultats qui concernent le rôle du mode d'implantation et du contexte, ils sont cités. Aucune limite n'a été imposée pour la date de publication. Quant à la qualité, nous avons retenu des articles publiés dans des revues avec comité de lecture, des rapports de recherche publiés par des organismes de recherche universitaires ou publics ou commandés à des chercheurs par des organismes publics (ex. : BIT, WorkSafeBC) et des ouvrages publiés par des éditeurs scientifiques et des mémoires ou thèses universitaires.

Le programme de prévention

Le programme de prévention (PP) (articles 58 et 59 de la LSST) structure une démarche d'identification systématique des risques dans toutes les dimensions de la situation de travail, que ce soit quant aux aménagements, aux équipements, aux produits utilisés (dont les contaminants), à l'organisation du travail, etc., tel que défini par l'article 51. Il vise ensuite la planification d'un ensemble de mesures d'élimination sinon de contrôle de ces risques, incluant le choix des équipements de protection individuelle, l'information et la formation. Il prévoit également la surveillance de la qualité du milieu de travail pour le maintien de l'efficacité des mesures préventives.

Cette démarche est à la base d'une approche maintenant largement reprise (Frick *et al.*, 2000; Walters *et al.*, 2011) visant la gestion systématique de la prévention en SST, par exemple dans les « Principes directeurs concernant les systèmes de gestion de la sécurité et de la santé au travail » du Bureau international du travail (2002).

Dans le reste du Canada[6], sept juridictions sur dix exigent un programme écrit de SST dans tous les secteurs, à partir d'une certaine taille d'établissement, et une autre juridiction, dans certains secteurs désignés. Une disposition similaire existe dans tous les pays de l'Union européenne, en vertu de la Directive 89/391/CEE. Aux États-Unis, en 2000, neufs États avaient adopté une obligation concernant un programme de santé et de sécurité du travail (Smitha, 2000 : 125).

Les études sur les « systèmes de gestion de la santé et de la sécurité du travail » ont fait l'objet d'une revue systématique (Robson *et al.*, 2007). Des six études sur des systèmes obligatoires, toutes montrent des effets positifs, bien que quelques résultats soient non significatifs au sujet de certains effets finaux sur la SST. Les auteurs ont, entre autres, retenu une étude québécoise (Dufour, Lanoie et Patry, 1998, voir plus loin) et une étude ontarienne (Lewchuk, Robb et Walters, 1996); cette dernière, utilisant les taux de lésions indemnisées comme indicateur, rapporte une réduction de 18 % après l'adoption de la loi ontarienne sur la santé et la sécurité du travail en 1979, dans un secteur couvert par l'ensemble du régime. Une étude réalisée aux États-Unis (non recensée par Robson *et al.*, 2007) rapporte aussi des résultats positifs. Ainsi, Smitha *et al.* (2001) ont comparé 42 États qui avaient et n'avaient pas adopté de réglementation obligeant à la mise en place d'un « programme de sécurité ». Selon cette étude, ce programme a un effet hautement significatif sur la réduction de la gravité des lésions.

Au Québec, on recense des études qui utilisent comme indicateur soit, d'une part, le fait que les établissements soient couverts ou non par le règlement sur le PP, ou le pourcentage d'établissements ayant acheminé un PP à la CSST (Lanoie, 1992; Lanoie et Stréliski, 1996; Dufour, Lanoie et Patry, 1998); soit, d'autre part,

des études plus en profondeur, avec des informations plus substantielles sur les activités de prévention (l'implantation effective et le contenu des PP) et sur les déterminants de leur implantation (Simard, Lévesque et Bouteiller, 1988; Simard et Marchand, 1994; Price Waterhouse, 1990, Berthelette et Planché, 1995). Deux autres études donnent des indications sur la présence d'un PP selon que le secteur est couvert ou non par cette obligation (Champoux et Brun, 1999; Thomason et Pozzebon, 2002).

Concernant le premier type d'études, l'étude de Lanoie (1992) visait à évaluer l'impact de diverses mesures gouvernementales, dont l'obligation d'un PP, sur les lésions indemnisées. Elle porte sur la période 1983-1987 (1983 étant l'année de référence) et sur 28 secteurs, couverts comme non couverts. Le pourcentage d'entreprises d'un secteur d'activité donné ayant acheminé un PP à la CSST aurait été associé de manière significative à une augmentation des lésions indemnisées. La seconde étude (Lanoie et Stréliski, 1996) prolonge cette analyse en utilisant la période 1983-1990 mais en incluant des analyses séparées pour les 15 secteurs couverts par l'obligation de soumettre un PP. Les résultats pour le PP sont similaires. Par contre, Price Waterhouse (1990), dans une analyse des lésions indemnisées entre 1980-1983 dans deux secteurs du Groupe I, conclut que l'implantation du PP a été associée à une tendance à l'amélioration de l'incidence des lésions. Enfin, l'étude de Dufour, Lanoie et Patry (1998) montre une relation positive et significative entre le fait qu'un programme ait été envoyé à la CSST et la productivité des entreprises manufacturières, pour la période de 1985 à 1988.

Ces résultats, contradictoires et difficiles à interpréter à première vue, peuvent être éclairés par un examen de la nature des données utilisées et par la référence au deuxième type d'études, prenant en compte l'implantation effective et le contenu des PP (soit un indicateur d'effets intermédiaires, tel que l'implantation de mesures préventives), à l'échelle des établissements plutôt que des secteurs. Ainsi, quant à la nature des données, on peut supposer que l'augmentation des lésions indemnisées pourrait être associée à un phénomène reconnu (Hopkins, 1994), à savoir que les efforts de prévention peuvent augmenter la sensibilisation des travailleuses et travailleurs, légitimer leur perception du rapport entre le travail et la santé et amener une augmentation de la déclaration des lésions. Par ailleurs, Lanoie (1992 : 656) mentionne que des taux d'accidents plus élevés ont été enregistrés en 1984, du fait d'une reprise économique. De plus, l'entrée en vigueur de la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles*, en 1985, pourrait avoir modifié les comportements de déclaration, favorisant une augmentation du nombre de réclamations, entre autres, en raison du rôle accru accordé au médecin personnel du travailleur.

Par ailleurs, le fait d'avoir envoyé un PP à la CSST n'est pas un indicateur de l'implantation effective et de la qualité du programme, ce que notent Robson

et al. (2007) en examinant les résultats de Dufour, Lanoie et Patry (1998). Un PP indique ce que l'employeur entend faire pour se conformer à la réglementation (programme d'adaptation aux normes) et éliminer sinon contrôler les risques, informer et former les travailleurs, etc. Il est probable que l'implantation de ces changements se fasse tant sur le court que le moyen et le long terme et que les effets sur les lésions indemnisées prennent un certain temps à apparaître. Or, dans certaines des études précitées, il y avait parfois peu de temps de « maturation » entre la date de dépôt d'un PP et la mesure des effets. Pour toutes ces considérations, il est utile de référer non seulement à des effets finaux mais aussi à ce qu'on appelle des effets intermédiaires (prédicteurs) et de tenir compte de la nature du contenu et du degré d'implantation des programmes, ce qui caractérise leurs effets intermédiaires, plutôt que de se limiter à des indicateurs des effets finaux sujets à diverses autres influences. C'est ce que fait le deuxième type d'étude.

Ainsi, l'étude de Thomason et Pozzebon (2002), réalisée en 1996, indique que la couverture par les quatre dispositions au cœur de la LSST est associée à une probabilité plus élevée que du personnel interne en prévention et un CSS soient présents, et que ce comité soit alors plus actif. Dans le même sens, Champoux et Brun (1999) éclairent des effets intermédiaires, en dénombrant beaucoup plus d'activités d'identification et de contrôle des risques et une proportion plus élevée d'établissements disposant d'un PP dans les petites entreprises échantillonnées dans un secteur couvert par les quatre mécanismes prévus par la LSST (1/5) que dans celles du secteur où ce n'est pas le cas (1/20).

Deux études, basées sur les mêmes données, éclairent l'efficacité d'un PP, lorsqu'il s'appuie à la fois sur des activités d'identification et d'élimination ou de contrôle des risques et selon son degré de développement. Dans une étude par questionnaire, Simard, Lévesque et Bouteiller (1988) ont examiné la relation entre le type d'activités de prévention réalisé par les entreprises et leur efficacité en gestion de la SST (taux de fréquence d'accidents du travail avec perte de temps par rapport au taux moyen de l'unité de classification à la CSST, pour 1986 et 1987[7]). L'étude distingue les activités d'expression des risques (soit leur identification) et les activités de régulation des risques (soit leur élimination ou leur contrôle), et évalue leur degré de développement (plus ou moins grande quantité d'activités réalisées). La plus grande proportion d'entreprises fortement efficaces utilise à la fois plusieurs activités d'expression et plusieurs activités de régulation des risques, soit une approche intégrée. L'étude de Simard et Marchand (1994) sur le rôle des superviseurs intègre des données sur le degré de développement du PP (la présence ou non de dix activités). Cette variable est positivement associée à l'efficacité en prévention : les analyses de régression montrent le rôle déterminant et positif du degré de développement du PP. Ainsi, on peut affirmer qu'une fois prise en compte la qualité du PP, il s'agit d'une mesure efficace.

Dans le même sens, l'étude de Price Waterhouse (1990) indique que l'existence d'un « registre des risques » (un instrument d'identification des risques prescrit par la LSST) est le facteur le plus déterminant de la qualité du PP. De même, Berthelette et Planché (1995), dans une enquête par questionnaire téléphonique dans un secteur couvert par le PP (1991-1992), indiquent que l'exhaustivité des objets d'enquête (incidents et accidents), dans les établissements ayant implanté un programme de sécurité, est liée à une réduction du taux d'incidence des accidents.

Les résultats recensés, de même que l'étendue de l'adoption d'une mesure comme le PP dans d'autres juridictions, ne sont pas de nature à justifier que cette mesure ne soit pas appliquée à l'ensemble des secteurs d'activité économique. Au contraire, au plan international, les études sur des systèmes similaires au PP (obligatoires) montrent des résultats positifs; c'est aussi le cas au Québec, lorsque les études prennent en compte l'implantation effective et le contenu des programmes. Les connaissances au sujet des facteurs influençant l'implantation et les effets de cette mesure peuvent par ailleurs être prises en compte dans les outils destinés aux milieux de travail et dans l'action des organismes de soutien, comme dans celle de l'inspectorat.

Le programme de santé spécifique à l'établissement

Comme on vient de le voir, le PP doit être élaboré et implanté par l'employeur, alors que le programme de santé spécifique à l'établissement (PSSE, articles 112 et 113 de la LSST), qui complète le PP, est élaboré par le médecin responsable avec l'aide de l'équipe de santé au travail du réseau public; il revient ensuite à l'employeur d'implanter les mesures préventives requises. Le PSSE répond à la nécessité de mesures particulières aux risques pour la santé, souvent moins bien pris en charge par les régimes que les risques pour la sécurité (Hopkins, 1993 : 171); il permet la couverture de petites entreprises, où les risques sont plus importants et l'organisation de la prévention généralement déficiente (Champoux et Brun, 1999). Il assure également l'indépendance des ressources professionnelles qui l'élaborent.

La structure mise en place par le régime québécois quant à la santé au travail répond intégralement à la recommandation 161 de l'OIT de 1985, indiquant entre autres que le rôle des services de santé au travail doit être essentiellement préventif, dont l'établissement d'un programme d'activités adapté à l'entreprise, et que son personnel ne doit pas être associé à la vérification du bien-fondé des absences du travail (Vézina, 1989). Si l'exigence d'un tel programme de santé ne se retrouve pas dans les autres juridictions canadiennes, elle a des équivalents dans divers pays européens. La directive européenne de 1989 prescrit (article 7) que l'employeur doit désigner des personnes pour s'occuper des activités de protection et de prévention des risques, disposant de temps approprié; si les

compétences internes sont insuffisantes, il doit faire appel à l'extérieur; dans tous les cas, ces personnes doivent avoir les capacités et aptitudes nécessaires, disposer des moyens requis et être en nombre suffisant en tenant compte de la taille de l'établissement et des risques. Il existe des variations importantes dans la forme prise par ces services d'un pays à l'autre.

Nous avons repéré une revue systématique sur les services de santé au travail (Hulshof *et al.*, 1999), une autre sur les programmes de santé au travail (Bilodeau et Berthelette, 2003), ainsi que deux études concernant les dispositions présentes en Europe (Hämäläienen *et al.*, 2001; Bluff, 2005). Finalement, Westerholm et Walters (2007) ont édité un ouvrage analysant la situation de ces services, dans 11 pays européens plus le Japon[8].

En 2001, Hämäläienen *et al.* (2001 : 8) indiquent que 14 des 17 pays étudiés (les 15 pays de l'Union européenne, plus la Norvège et la Suisse) ont des dispositions légales concernant l'obligation de l'employeur d'organiser des services de santé; ces services étaient disponibles, selon les pays, pour 25 % à 100 % des personnes au travail (p. 7), ce qui est, dans tous les cas, plus élevé qu'au Québec. Westerholm (Westerlholm et Walters, 2007 : 182) suggère que, dans une certaine mesure, l'ambition quant à la couverture des services de santé reflète le fait que la santé au travail soit considérée comme une question de santé publique ou comme un produit sur le marché.

En ce qui concerne les activités des services de santé au travail, des lignes directrices ont été développées en réponse à une décision d'un comité conjoint de l'OIT et de l'Organisation mondiale de la santé en collaboration avec la Commission internationale sur la santé au travail. Il s'agit des « Basic Occupational Health Services » (BOHS) (Rantanen, 2005). Bluff (2005)[9] indique que les activités suivantes sont présentes dans les sept pays étudiés, soit l'essentiel des dix activités prévues par le BOHS :

- surveillance du travail et de l'environnement de travail pour identifier les dangers et les risques;
- analyse des dangers/risques et détermination des mesures de prévention et de contrôle;
- dispensation d'information, conseil et formation (ou arrangements pour la formation) en SST;
- réadaptation au travail.

Dans cinq pays, on dispense également des activités de surveillance de la santé et dans trois pays, les services de santé au travail prennent des arrangements pour la formation aux premiers secours et premiers soins et les mesures d'urgence. À l'exception de la réadaptation, ces activités correspondent à des éléments du programme de santé en vertu de la LSST.

Hulshof *et al.* (1999) ont recensé cinquante-deux études sur les services de santé au travail (en général, ou sur certaines activités comme les consultations médicales ou sur certains instruments d'intervention). Quatre portent sur des effets intermédiaires ou finaux d'activités susceptibles de se comparer à celles du PSSE, soit celles qui concernent des effets intermédiaires des investigations en milieu de travail, des instruments utilisés ou d'activités de formation/information. La nature des résultats mesurés varie d'une étude à l'autre, mais ils sont tous positifs. Cependant, les recommandations formulées ne sont pas systématiquement appliquées, ce qui dépendrait des obligations légales.

Bilodeau et Berthelette (2003) ont recensé les études évaluatives (plutôt que descriptives) sur les programmes de santé au travail, publiées depuis 1990. Trois de ces études documentent les effets des programmes (Notkola *et al.*, 1990; Park *et al.*, 2002; Conway, Simmons et Talbert, 1993). Les auteures concluent que, de manière générale, les études indiquent la présence d'un lien entre l'existence d'un programme et la mise en place de mesures de prévention primaire, c'est-à-dire des effets intermédiaires.

Pour connaître les impacts des activités des services de santé au travail, Hämäläienen *et al.* (2001 : 94) ont procédé à des entrevues avec des acteurs clés (ministères concernés, organisations professionnelles, syndicats, compagnies d'assurance, associations d'employeurs et associations de services de santé au travail) dans chacun des 17 pays étudiés. Des effets directs sur les issues de santé, comme les statistiques d'accidents et de maladies professionnelles ont été mentionnés dans plusieurs cas (cinq pays). Des effets (intermédiaires) directs sur les comportements de SST ont été mentionnés (deux pays), de même que la sensibilisation à la santé (deux pays) et une réduction des facteurs de risque (un pays, p. 94). Les questions ont également porté sur les effets sur la santé et l'aptitude au travail des travailleurs et la productivité des entreprises (p. 108). Des améliorations à la santé ont été mentionnées par dix pays, à l'aptitude au travail par sept pays et à la productivité par sept pays également. Cependant, des données sur les effets sur la santé sont rarement disponibles (seules la Finlande et la Norvège indiquent en disposer).

Au Québec, les études recensées ont démontré que le programme de santé élaboré par les équipes de santé au travail du réseau public a des effets positifs sur l'implantation de mesures préventives. Berthelette (1990)[10] rapporte que tous les établissements de l'échantillon ont implanté, au cours des cinq années précédant l'étude, des mesures de protection individuelle; l'élimination à la source est la seconde mesure de prévention primaire la plus fréquente (72,9 % des établissements, soit 2,4 mesures en moyenne). Globalement, l'auteure indique que compte tenu des résultats de l'étude, qui montrent aussi que les caractéristiques des établissements ont une influence sur les résultats du PSSE, il

semble que celui-ci contribue à produire les résultats suivants : « 1. l'implantation de mesures individuelles de protection par l'entreprise; 2. l'organisation de réunions de formation et d'information en SST par l'entreprise; 3. la relocalisation de travailleurs pour des raisons de SST; 4. le respect de la norme concernant le nombre de secouristes à former; 5. l'achat et la mise à jour du contenu de trousses de premiers soins » (p. 237). La présence des équipes stimule ainsi l'action en prévention.

Quelques années plus tard, Lévesque (1997)[11], s'intéressant aux effets du PSSE, observe que les entreprises ont implanté, en moyenne, 13,5 mesures d'élimination à la source (p. 122). Les entreprises ont surtout procédé à des modifications de machines pour des raisons de sécurité et installé des systèmes d'aspiration à la source (p. 107). En moyenne, les équipes ont dispensé, dans les établissements étudiés, quatre types de services liés à la prévention primaire (p. 122) et ont aussi accordé de l'aide pour la formation d'un CSS (13 %) et pour le programme de prévention (19 %). Elles avaient eu des contacts avec l'établissement 8,5 fois par année en moyenne, le plus souvent par des rencontres individuelles (p. 122).

Ces études montrent par ailleurs que le nombre de services et la fréquence des contacts influencent les résultats du programme. Ainsi, selon les résultats de Berthelette et Pineault (1992), la fréquence des services est associée aux résultats du programme : elle est positivement liée au nombre de mesures individuelles de protection fournies à chaque travailleur et au respect de la norme concernant la formation de travailleurs en secourisme. Dans le même sens, Lévesque et Berthelette (1998)[12] indiquent que le nombre de services dispensés est positivement associé au nombre de mesures mises en place par les employeurs pour éliminer les risques à la source.

Comme pour le PP, les résultats recensés sur les effets intermédiaires du PSSE et de l'action des équipes de santé au travail sont positifs. Ceux qui concernent le processus et le contexte d'implantation peuvent aussi éclairer les conditions d'une augmentation de cette efficacité[13].

Le comité de santé et de sécurité du travail et le représentant à la prévention

Le comité de santé et de sécurité du travail (CSS)[14] et le représentant à la prévention (RP)[15] sont deux mesures visant la participation représentative des travailleurs. Tel qu'indiqué précédemment, les mesures similaires adaptées aux chantiers de construction[16] n'ont jamais été promulguées.

Le principe de la représentation et de la consultation des travailleuses et des travailleurs est prévu par la Convention n° 155 de l'OIT concernant la sécurité et la santé des travailleurs (OIT, 1981 : article 19). Quant aux chantiers de construction,

la Recommandation sur la sécurité et la santé dans la construction (OIT, 1988), qui vient compléter la convention sur le même sujet, indique, à l'article 6, que les législations nationales devraient comprendre des mesures relatives à : « (a) la constitution de comités de sécurité et de santé représentatifs des employeurs et des travailleurs […]; (b) l'élection ou la désignation de délégués des travailleurs à la sécurité […] ».

Dans le reste du Canada, un comité de SST est obligatoire (alors qu'au Québec, sa création doit être demandée par un syndicat ou un certain nombre de travailleurs) dans neuf juridictions, et ce dans tous les secteurs d'activité économique (à partir d'un certain nombre de travailleurs); il l'est aussi dans des établissements désignés dans une autre juridiction. Un représentant des travailleurs en SST est obligatoire dans les petits établissements de tous les secteurs (la taille minimale et maximale de l'établissement variant d'une juridiction à l'autre) dans sept juridictions sur les dix autres que le Québec et dans deux autres, selon certaines conditions. En Europe, la Directive 89/391/CEE (article 11) prévoit la création de structures du type des CSS. Aux États-Unis, en 2000, huit États prévoyaient la mise en place obligatoire d'un CSS (Smitha, 2000).

Quant aux chantiers, dans les neuf juridictions autres que le Québec où cela est pertinent (excluant donc le fédéral), on en trouve sept où un comité est obligatoire sur les chantiers de construction, selon certaines conditions de durée ou de nombre de travailleurs, et une où c'est l'une des mesures obligatoires possibles (un représentant en étant une autre). Cinq juridictions ont des dispositions sur les représentants en SST, dans trois cas dans les plus petits chantiers, dans un cas en combinaison avec le CSS.

Diverses juridictions à l'échelle internationale (ex. : Royaume-Uni, Australie, Nouvelle-Zélande, voir Fairey *et al.*, 2009) prévoient des dispositions pour la représentation et la consultation en SST des travailleurs sur les chantiers de construction, similaires ou plus avancées que celles prévues à la LSST.

Les comités de SST

La revue des écrits menée par Walters et Nichols (2007 : 29) indique que les résultats en matière de SST sont meilleurs lorsqu'il y a participation représentative des travailleurs que si l'employeur gère la prévention sans y faire appel. Quant aux CSS, une revue systématique (Yassi *et al.*, 2013) rappelle que leur importance est largement reconnue : cette mesure est généralement perçue comme nécessaire, sans être suffisante, puisque le comité doit être efficace, ce que la nature des dispositions légales retenues peut largement influencer. En effet, cette dernière étude éclaire les déterminants de cette efficacité, qui ne relèvent pas pour l'essentiel du fonctionnement du comité, mais plutôt de la direction de l'entreprise, de la présence syndicale et de l'action de l'État : information adéquate, forma-

tion, composition appropriée, engagement de la haute direction et mandat clair et élargi, adéquatement soutenu par la législation ou la présence d'un syndicat, etc. Les résultats obtenus par la revue menée par Milgate, Innes et O'Loughlin (2002) étaient similaires. Yassi *et al.* (2012) concluent également à l'importance que les comités soient rendus obligatoires.

Les études québécoises donnant des indications sur les effets (intermédiaires ou finaux) de la présence d'un CSS sont cohérentes avec les résultats déjà évoqués. Dans une étude par questionnaire sur les comités dans les établissements syndiqués, Simard (1987) indique que ceux-ci « produisent un grand nombre de recommandations » et que les directions d'établissements y donnaient suite dans 75 % des cas. Le même auteur (dans Tuohy et Simard, 1993, cité par O'Grady, 1998) indique que l'impact de la présence d'un comité est positif pour tous les indicateurs qui concernent les lésions indemnisées, dans les établissements de plus de 75 travailleurs. L'auteur suppose, pour diverses raisons, que les comités des plus petits établissements sont moins anciens, ce qui y expliquerait l'absence d'effet. Dans le même sens, l'ancienneté du CSS est la seule variable permettant d'expliquer l'implantation de mesures d'élimination des dangers à la source dans le cadre du PSSE (Berthelette et Pineault, 1992); le nombre d'années d'existence du CSS est lié à une réduction du taux d'incidence des accidents du travail dans les établissements ayant implanté un programme de sécurité (Berthelette et Planché, 1995 : i-ii). De plus, « la présence d'un comité réduit l'importance de la relation négative entre la taille de l'entreprise et le taux d'accidents de travail » (*ibid.*). D'autres études québécoises donnent de précieuses indications sur les déterminants et les conditions de l'efficacité préventive des CSS (pour une revue, voir Desmarais, 2004).

Ici encore, la non-universalité des mesures prévues à la LSST ne se justifie pas, sur la base des connaissances scientifiques et au regard de l'adoption généralisée dans les autres juridictions. Au plan international, la représentation des travailleurs en SST est une stratégie dont la pertinence et la contribution clé à la prévention sont bien établies. Les études soutiennent la pertinence de dispositifs comme les CSS, tout en identifiant les conditions nécessaires à leur efficacité.

Les représentants des travailleurs en SST

Walters *et al.* (2005) ont complété une revue des études à l'échelle internationale sur l'efficacité de l'action des représentants des travailleurs pour influencer la SST dans les milieux de travail. Les résultats sont à l'effet que les représentants de travailleurs (qui disposent d'une formation) non seulement participent aux activités préventives, mais les stimulent. Ils collaborent avec les représentants de l'employeur, par exemple par l'inspection des lieux de travail pour y identifier les risques, entreprennent des actions sur de nouveaux enjeux en matière de pré-

vention et font en sorte que les problèmes de SST soient résolus. L'efficacité de leur action est également établie dans les petits établissements, que ce soit par des études sur le réseau des représentants régionaux itinérants en Suède ou sur un réseau similaire dans certains secteurs d'activité au Royaume-Uni. De telles expériences existent en Norvège, en Italie et en Espagne, qui contribuent à l'établissement de meilleures pratiques de prévention dans les petits établissements.

Au Québec, Simard (1986) a mené une étude par questionnaire, auprès de cadres responsables de la SST, sur l'action des RP dans neuf secteurs prioritaires. Les résultats vont dans le même sens que la revue des écrits de Walters *et al.* (2005). La présence d'un RP est associée à un nombre moyen significativement plus élevé de réunions, de recommandations et d'activités du CSS, qu'il s'agisse d'activités dites administratives, techniques (inspections, enquêtes-accidents, identification des risques, analyse des rapports d'accidents), ou visant le développement de comportements sécuritaires (élaboration de méthodes sécuritaires, discussion, élaboration ou réalisation d'activités d'information ou de formation en SST). La présence d'un RP favorise une diffusion significativement plus grande des recommandations du comité de SST auprès des travailleurs et des contremaîtres.

Simard (1986) rapporte que les RP participent au CSS (96 %), font des inspections régulières des lieux de travail (88 %), des enquêtes après accident (80 %) et l'identification des risques ou des dangers (80 %). L'étude de Brun et Loiselle (2002)[17], menée une dizaine d'années plus tard, fournit un profil d'activité semblable : en moyenne, juste un peu moins de la moitié (46,8 %) du temps dédié à leur fonction par les RP est dévolu à des activités de prévention, telles que les inspections, l'entretien préventif, les analyses d'accidents, etc. Leurs activités sont centrées sur les dangers eux-mêmes, plutôt que sur les aspects administratifs des dossiers d'accidents.

Encore une fois, la présence de représentants des travailleurs, dédiés à la prévention, est une mesure démontrée comme efficace et un grand nombre de juridictions l'ont adoptée.

Le comité de chantier et le RP sur les chantiers

Dans une revue des écrits sur le rôle de la représentation et de la consultation des travailleurs dans la gestion de la SST dans l'industrie de la construction, Walters (2010 : 36) conclut que les études publiées en anglais démontrent un fort lien entre les dispositions visant la représentation des travailleurs et de meilleurs résultats en SST. Il fait état des études de cas réalisées par Walters et Nichols (2007) sur les chantiers syndiqués : les représentants des travailleurs en SST étaient en mesure de faire le relais entre les travailleurs des sous-traitants et les dirigeants du « principal contractor » (équivalent du maître d'œuvre, selon la LSST). Dans l'autre sens, de tels représentants, bien soutenus par le maître d'œuvre, pouvaient

s'assurer que les messages de SST atteignent les travailleurs des sous-traitants. Walters (2010) cite également McDonald et Hyrmck (2002), qui montrent une association forte entre la présence d'un représentant des travailleurs en SST et la conformité aux règles de sécurité : c'est la seule variable qui soit significative (y compris parmi celles décrivant la gestion de la prévention).

Finalement, dans une étude québécoise sur l'application des mesures préventives sur les chantiers, Brun (2004) note, à la suite d'observations de terrain, que « les délégués de chantier en matière de prévention sont les seuls à s'exprimer sur les risques » (p. 41), ce que leur permettrait leur statut de représentant. Par ailleurs, l'auteur indique que « l'absence de comité de sécurité sur la très grande majorité des chantiers ne permet pas la création d'un lieu pour faciliter l'expression des travailleurs sur les risques » (p. 22).

Les études indiquent donc clairement que ces deux mesures visant la participation et la représentation des travailleurs à la prévention sur les chantiers de construction ont un rôle favorable et important. Étant donné la surreprésentation des travailleurs de la construction dans les statistiques de décès et de lésions, il est difficile d'ignorer ces mesures préventives. Elles sont par ailleurs largement présentes dans les dispositions légales d'autres provinces.

Discussion

Les études montrent que les mesures examinées ont un rôle positif et important pour améliorer les conditions de santé et de sécurité sur les lieux de travail. Par ailleurs, dans la grande majorité des autres juridictions canadiennes, des dispositions similaires au PP, au CSS et au RP (dans les petits établissements) sont obligatoires dans tous les secteurs. Des mesures semblables sont aussi largement présentes au plan international, dans les pays industrialisés, comme en Europe.

Le fait que les mesures préventives prévues par la LSST n'aient pas été appliquées, comme prévu, à tous les secteurs d'activité économique, crée une inégalité sans fondement entre les travailleuses et travailleurs des différents secteurs, par rapport aux efforts de prévention qui sont exigés de leurs employeurs. Cette inégalité ne peut se justifier par les risques auxquels les travailleuses et travailleurs sont exposés, comme le montre l'analyse spéciale des données de l'EQCOTESST (Vézina *et al.*, 2014, à paraître). Quant à la construction, les inégalités observées au sujet des décès indemnisés rendent inacceptable l'absence, sur les chantiers, de dispositions pourtant présentes dans des secteurs moins à risque.

Nombre d'employeurs font déjà des efforts substantiels en prévention, même sans être couverts par ces obligations; cependant, les mesures volontaires ne permettent pas à elles seules de générer de meilleures pratiques et résultats en matière de SST dans l'ensemble des milieux de travail (Gunningham et Johnstone,

1999), en particulier dans les petits établissements. De nombreux travaux montrent que pour les gestionnaires, le plus important motif pour la mise en œuvre des mesures préventives est l'obligation faite par la loi (Davis, 2004; Wright, 1998; Gunningham et Johnstone, 1999; O'Dea et Flin, 2003; Wright, Marsden et Antonelli, 2004). Quant à la réduction des lésions indemnisées observée au Québec, il est probable qu'elle découle en partie de ces efforts de prévention. Mais l'ampleur des problèmes de santé liés au travail est masquée par l'assignation temporaire et par la sous-déclaration, bien illustrée par la comparaison des statistiques d'indemnisation et des résultats de l'EQCOTESST (Vézina *et al.*, 2011), tant pour les troubles musculo-squelettiques que pour les accidents traumatiques.

Le fait que des obligations semblables aux quatre dispositions au cœur de la LSST existent dans la majorité des autres juridictions canadiennes et dans les pays de l'Union européenne (de même que certaines de ces dispositions dans des États des États-Unis), montre la faisabilité de ces mesures. Les dispositions spécifiques aux chantiers de construction sont aussi largement présentes au Canada et ailleurs dans les pays industrialisés.

Les mesures examinées n'ont bien sûr pas d'efficacité automatique et requièrent des conditions, maintenant bien documentées, pour donner leur plein potentiel (Frick *et al.*, 2000, Walters *et al.*, 2011). Des connaissances solides existent, pour chacune de ces mesures, sur le rôle du contexte et du processus ou sur les conditions d'implantation (par exemple, pour le PP, voir Walters *et al.*, 2011 : chap. 10). Par exemple, si la prévention dans les petits établissements présente de nombreux défis, on sait cependant que des initiatives semblables au PP peuvent y produire des effets significatifs (Barbeau *et al.*, 2004) et les conditions d'efficacité des interventions qui leur sont destinées sont de mieux en mieux connues (MacEachen *et al.*, 2008). De plus, ces mesures ne sont pas indépendantes du contexte des relations industrielles; elles sont plus efficaces dans les pays où il y a une forte présence syndicale (Quinlan, 1999). Ces connaissances devraient inspirer l'action du législateur et de l'inspectorat, comme celle des employeurs, des syndicats et des préventionnistes.

Par ailleurs, on peut supposer que l'effet de ces mesures n'est pas indépendant de l'utilisation par l'État d'autres stratégies. Ainsi, de nos jours, quatre stratégies d'action de l'État en matière de prévention en SST sont généralement recensées (voir Baril-Gingras, 2013) : le contrôle externe (via l'action de l'inspectorat et la réglementation), le contrôle interne (via, par exemple, un « programme de prévention »), les incitatifs financiers (généralement liés à la tarification pour l'indemnisation en fonction de l'expérience) et la représentation des travailleurs. Les mesures examinées ici s'inscrivent dans la seconde stratégie (appelée « prise en charge par le milieu » au Québec) et empruntent à la dernière, sans cependant lui donner la mesure qu'elle a dans les pays scandinaves où elle est associée à

des résultats nettement plus positifs en matière de prévention. Or, si cette « prise en charge » est nécessaire, il reste que les limites de la seule autorégulation en SST (comme en d'autres domaines) sont connues (Dawson *et al.*, 1988; Frick *et al.*, 2000; Baril-Gingras, 2013) : le maintien du contrôle externe apparaît clairement nécessaire. Par exemple, l'étude de Simard *et al.* (1992) sur l'action des inspecteurs de la CSST indique que le suivi par ces derniers est un facteur déterminant du degré d'implantation du PP; de plus, Lanoie et Stréliski (1996) ont montré que le taux d'inspection par secteur d'activité économique est associé avec une réduction de la fréquence des accidents indemnisés. Or, en comparant les législations en matière de prévention dans 63 juridictions au Canada (provinciales et fédérale) et aux États-Unis (des États et fédérale), Block, Roberts et Clarke (2003) ont rangé celle du Québec comme la moins contraignante, au 63e rang sur 63, essentiellement sur la base de la couverture et des sanctions possibles. Les amendes ont depuis été révisées, mais demeurent encore largement inférieures à la plupart des juridictions canadiennes (Lippel, 2013).

Quant aux incitatifs financiers liés à la cotisation, on sait qu'ils peuvent être associés à des pratiques de gestion des coûts de l'indemnisation, autrement que par la prévention (Thomason et Pozzebon, 2002; Tompa, Trevithick et McLeod, 2007). Il est également possible que ces incitatifs aient pour effet de promouvoir la sous-traitance du travail plus dangereux (MacEachen *et al.*, 2012; Lippel *et al.*, 2011). Des réflexions approfondies sont nécessaires pour s'assurer qu'ils produisent bien les effets attendus en matière de prévention.

Conclusion

Le fait que la réglementation visant la mise en place de ces mesures au cœur de la LSST ne soit pas adoptée pour tous les secteurs d'activité ne peut donc se justifier, si on s'appuie sur les connaissances scientifiques quant à leurs effets sur la mise en œuvre de mesures préventives. Leur présence dans nombre d'autres juridictions montre que leur implantation est possible.

Divers travaux ont souligné l'inadaptation du droit québécois en matière de SST aux changements dans la nature du travail (p. ex., Laflamme, 2008 au sujet des risques psychosociaux) et dans la relation d'emploi (p. ex., Lippel, 2004; Bernier, Vallée et Jobin, 2003; Lippel et Laflamme, 2011). L'adoption des dispositions examinées ici pourrait, dans les années à venir, servir de fondement à d'autres mesures nécessaires pour faire face à ces changements.

La LSST prévoit, à l'article 225, que le gouvernement peut lui-même adopter un règlement, à défaut par la CSST de l'avoir fait dans un délai raisonnable. Étant donné que la loi a été adoptée il y a plus de trente ans et que les tentatives répétées pour que la règlementation soit adoptée par le CA paritaire de la CSST ont échoué, il est légitime de considérer que ce délai est échu.

Notes

1 Pour les secteurs d'activité économique composant chaque groupe, voir l'Appendice statistique au *Rapport annuel de gestion* de la CSST 2010 (CSST, 2011).

2 La CSST s'appuyait sur les données de l'Enquête sur la population active CANSIM de Statistique Canada. Cet organisme a cessé d'utiliser cette classification à partir de 2000. Les données utilisées ici sont donc les plus récentes relativement à la proportion des travailleurs couverts par les diverses dispositions de la LSST. Cela ne donne pas d'indication sur la présence effective d'un PP, d'un CSS ou d'un RP.

3 Calcul d'après les données du *Rapport annuel de gestion 2011* (CSST, 2012a) et les Statistiques annuelles 2011 (CSST, 2012b).

4 Lippel (2013) souligne les problèmes éthiques que cela peut poser.

5 Voir Baril-Gingras, Bellemare et Brisson (2011) pour un relevé de ces facteurs, pour les interventions en SST et en santé mentale au travail.

6 On tient compte ici des neuf autres provinces et de la juridiction fédérale.

7 Le recours à l'assignation temporaire était beaucoup moins important à l'époque.

8 Ces études traitent également de l'organisation de ces services, de la gestion de la qualité, de la composition de leur personnel, de leur champ d'action, de leur interaction avec les employeurs et les syndicats, etc. On se limite ici à ce qui concerne les effets.

9 Étude portant sur le système de service de santé au travail de sept pays européens (Finlande, Norvège, Pays-Bas, Danemark, Allemagne, Suède, Royaume-Uni), en comparaison avec le BOHS (Rantanen, 2005).

10 La même étude est décrite par Berthelette et Pineault (1992).

11 Étude des effets du programme de santé sur l'élimination des sources de danger, portant sur 66 programmes de santé, implantés en moyenne depuis 7,2 ans, dans 10 secteurs définis prioritaires.

12 Même étude que celle de Lévesque (1997).

13 D'autres travaux, non cités ici parce que ne fournissant pas de mesure des effets, éclairent l'implantation et les conditions favorables à l'efficacité du PSSE (p. ex., Gignac, 1996; Carpentier-Roy *et al.*, 2001).

14 Mesure décrite aux articles 68, 69 et 78 de la LSST.

15 Mesure décrite aux articles 87 et 90 de la LSST.

16 Sections II et III du Chapitre XI de la LSST.

17 Étude par questionnaire auprès de représentants des travailleurs (RP) en santé et sécurité (134 répondants représentant les travailleurs) et par observation, entre 1996 et 1997, dans les secteurs des pâtes et papiers, des scieries et de la fabrication de panneaux.

Bibliographie

Bambra, C. 2011. *Work, Worklessness and the Political Economy of Health*. Oxford : Oxford University Press.

Barbeau, E., C. Roelofs, R. Youngstrom, G. Sorensen, A. Stoddard et A.D. LaMontagne. 2004. « Assessment of Occupational Safety and Health Programs in Small Businesses ». *American Journal of Industrial Medicine*, 45 (4), 371-379.

Baril-Gingras, G. 2013. « La production sociale de la santé et de la sécurité du travail ». *L'intervention en santé et en sécurité du travail : pour agir en prévention dans les milieux de travail*. S. Montreuil, P.-S. Fournier et G. Baril-Gingras, dir. Québec : Presses de l'Université Laval, 23-108.

Baril-Gingras, G., M. Bellemare et C. Brisson. 2011. « How Can Qualitative Studies Help Understand the Role of Context and Process of Interventions on Occupational Safety and Health and on Mental Health at Work? ». *Organizational Stress and Well-being Interventions : Addressing Process and Context*. C. Biron, M. Karanika-Murray et C.L. Cooper. Londres : Psychology Press.

Baril-Gingras, G., S. Montreuil, P.-S. Fournier, A.-M. Laflamme, F. Lamonde, R. Bourbonnais, R. Malenfant, K. Messing, L. Trudel, C. Dionne, E. Laroche, M. Bellemare et C. Brisson. 2013. « Organiser la prévention de manière systématique, dans tous les lieux de travail, la redynamiser et prendre en compte les changements du travail et de l'emploi ». *L'intervention en santé et en sécurité du travail : pour agir en prévention dans les milieux de travail*. S. Montreuil, P.-S. Fournier et G. Baril-Gingras, dir. Québec : Presses de l'Université Laval, 397-487.

Bernier, J., G. Vallée et C. Jobin. 2003. *Les besoins de protection sociale des personnes en situation de travail non traditionnelle : synthèse du rapport final*. Québec : ministère du Travail, Gouvernement du Québec.

Berthelette, D. 1990. « Évaluation des résultats et de l'implantation du programme de santé au travail ». Thèse de doctorat en santé communautaire, Département d'administration de la santé, Faculté de médecine, Université de Montréal, Montréal.

Berthelette, D. et R. Pineault. 1992. « Analyse d'implantation du programme de santé au travail : résultats d'une recherche évaluative ». *Travail et santé*, 8 (4), s23-s30.

Berthelette, D. et F. Planché. 1995. *Évaluation du programme de sécurité du travail dans des petites et moyennes entreprises*. Études et recherches/Rapport R-107. Montréal : IRSST.

Bilodeau, H. et D. Berthelette. 2003. « Données probantes issues des recherches évaluatives sur des programmes de santé au travail ». *Enjeux psychosociaux de la santé*. J. J. Lévy, dir. Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec, Collection Santé et Société, 41-60.

Block, R.N., K. Roberts et R.O. Clarke. 2003. *Labor Standards in the United States and Canada*. Kalamazoo, Michigan : W.E. Upjohn Institute for Employment Research.

Bluff, L. 2005. *The Missing Link – Regulating Occupational Health and Safety Support*. Working Paper 35. Canberra : National Research Centre for Occupational Health and Safety Regulation Regulatory Institutions Network (RegNet), Australian National University.

Brun, J.-P. 2004. *Accroître les efforts de prévention : la santé et la sécurité du travail dans la construction au Québec*. Études et recherches/Rapport R-358. Montréal : IRSST.

Brun, J.-P. et C.D. Loiselle. 2002. « The Roles, Functions and Activities of Safety Practitioners : The Current Situation in Quebec ». *Safety Science*, 40 (6), 519-536.

Bureau international du travail. 2002. *Principes directeurs concernant les systèmes de gestion de la sécurité et de la santé au travail*. Genève : BIT.

Carpentier-Roy, M.-C., M. Simard, A. Marchand et F. Ouellet. 2001. « Pour un modèle renouvelé d'intervention en santé au travail dans les petites entreprises ». *Relations industrielles/ Industrial Relations*, 56 (1), 165-194.

CEE (Communauté économique européenne). 1989. « Directive 89/391/CEE du Conseil des communautés européennes du 12 juin 1989 concernant la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs au travail ». [1989] *Journal officiel*, nº L 183, 1-8.

Centrale des syndicats démocratiques, Confédération des syndicats nationaux, Centrale des syndicats du Québec, Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec. 2000. *Priorité – prévention – partout*. Campagne intersyndicale en santé et en sécurité du travail. Bulletin nº 1.

Champoux, D. et J.-P. Brun. 1999. *Prise en charge de la sécurité dans les petites entreprises des secteurs de l'habillement et de la fabrication de produits en métal*. Études et recherches/ Rapport R-226. Montréal : IRSST.

Conway, H., J. Simmons et T. Talbert. 1993. « The Purposes of Occupational Medical Surveillance in US Industry and Related Health Findings ». *Journal of Occupational Medicine*, 35 (7), 670-686.

CSST (Commission de la santé et de la sécurité du travail). 2000. *Rapport annuel d'activité*. [Montréal] : CSST.

CSST (Commission de la santé et de la sécurité du travail). 2011. *La modernisation du régime de santé et sécurité du travail*. [Montréal] : CSST.

CSST (Commission de la santé et de la sécurité du travail). 2012a. *Rapport annuel de gestion*. [Montréal] : CSST.

CSST (Commission de la santé et de la sécurité du travail). 2012b. *Statistiques annuelles 2011*. Québec : CSST.

Davis, C. 2004. *Making Companies Safe : What Works?* Londres : Centre for Corporate Accountability.

Dawson, S., P. Willman, M. Bamford et A. Clinton. 1988. *Safety at Work : The Limits of Self-Regulation*. Cambridge: Cambridge University Press.

Desmarais, L. 2004. « Évaluation de l'implantation des comités de santé et de sécurité du travail : une étude de cas multiples réalisée dans les petites et moyennes entreprises au Québec ». Thèse de doctorat, Montréal, Université du Québec à Montréal.

Dufour, C., P. Lanoie et M. Patry. 1998. « Regulation and Productivity ». *Journal of Productivity Analysis*, 9 (3), 233-247.

Fairey, D., J. Calvert et W. Peppard. 2009. *Building a Safer Work Environment for BC Construction Workers*. Research Report for WorkSafeBC, Focus on Tomorrow. Richmond, B.C. : WorkSafeBC.

Frick, K., P.L. Jensen, M. Quinlan et T. Wilthagen. 2000. *Systematic Occupational Health and Safety Management: Perspectives on an International Development*. Oxford : Pergamon.

Gignac, S. 1996. *Évaluation du programme sous-sectoriel : camionnage de marchandises ordinaires (4561) : évaluation d'implantation*. Beauport : Régie régionale de Québec, Centre de santé publique, Santé au travail; Québec : CLSC Haute-ville, Santé au travail.

Groupe de travail chargé de faire des recommandations sur le régime québécois de santé et de sécurité du travail (Comité Camiré). 2010. « Rapport du président du groupe de travail ».

Gunningham, N. et R. Johnstone. 1999. *Regulating Workplace Safety : Systems and Sanctions*. Oxford : Oxford University Press.

Hämäläienen, R., K. Husman, K. Räsänen, P. Westerholm et J. Rantanen. 2001. *Survey of the Quality and Effectiveness of Occupational Health Services in the European Union and Norway and Switzerland*. People and Work Research Report 45. Helsinki : Finnish Institute of Occupational Health.

Hopkins, A. 1993. « Approaches to Safeguarding the Worker ». *Work and Health: The Origin, Management and Regulation of Occupational Illness*. M. Quinlan, dir. Melbourne : Macmillan, 170-190.

Hopkins, A. 1994. « Are Workers' Compensation Statistics a Health and Safety Hazard? ». *Australian Journal of Public Administration*, 53 (1), 78-86.

Hulshof, C.T., J.H. Verbeek, F.J. Van Dijk, W.E. van der Weide et I.T. Braam. 1999. « Evaluation Research in Occupational Health Services : General Principles and a Systematic Review of Empirical Studies ». *Occupational and Environmental Medicine*, 56 (6), 361-377.

Laflamme, A.-M. 2008. *Le droit à la protection de la santé mentale au travail*. Cowansville : Les Éditions Yvon Blais et Bruxelles : Bruylant.

Lanoie, P. 1992. « The Impact of Occupational Safety and Health Regulation on the Risk of Workplace Accidents : Quebec, 1983-87 ». *Journal of Human Resources*, 27 (4), 643-660.

Lanoie, P. et D. Stréliski. 1996. « L'impact de la réglementation en matière de santé et sécurité au travail sur le risque d'accident au Québec : de nouveaux résultats ». *Relations industrielles/ Industrial Relations*, 51 (4), 778-801.

Lévesque, G. 1997. « Les effets du programme québécois de santé au travail sur l'élimination des sources de danger ». Mémoire de maîtrise en administration des affaires, Université du Québec à Montréal.

Lévesque, G. et D. Berthelette. 1998. « Les effets du programme québécois de santé au travail sur l'élimination des sources de danger ». *Travail et santé*, 14 (1), s6-s10.

Lewchuk, W., A.L. Robb et V. Walters. 1996. « The Effectiveness of Bill 70 and Joint Health and Safety Committees in Reducing Injuries in the Workplace : The Case of Ontario ». *Canadian Public Policy*, 22 (3), 225-243.

Lippel, K. 2004. « Le travail atypique et la législation en matière de santé et sécurité du travail ». *Développements récents en droit de la santé et sécurité au travail*. Barreau du Québec, dir. Cowansville : Éditions Yvon Blais, 307-383.

Lippel, K. 2013. « Une réforme du régime québécois de santé et de sécurité : pour qui? pourquoi? pour quand?». *L'intervention en santé et en sécurité du travail : pour agir en prévention dans les milieux de travail*. S. Montreuil, P.-S. Fournier et G. Baril-Gingras, dir. Québec : Presses de l'Université Laval, 371-396.

Lippel, K. et A.-M. Laflamme. 2011. « Les droits et responsabilités des employeurs et des travailleurs dans un contexte de sous-traitance : enjeux pour la prévention, l'indemnisation et le retour au travail ». *Développements récents en droit de la santé et sécurité au travail*. Barreau du Québec, dir. Cowansville : Éditions Yvon Blais, 334, 267-360.

Lippel, K., E. MacEachen, R. Saunders, N. Werhun, A. Kosny, L. Mansfield, C. Carrasco et D. Pugliese. 2011. « Legal Protections Governing Occupational Health and Safety and Workers'

Compensation of Temporary Employment Agency Workers in Canada : Reflections on Regulatory Effectiveness ». *Policy and Practice in Health and Safety*, 9 (2), 69-90.

MacEachen, E., C. Breslin, N. Kyle, E. Irvin, A. Kosny, P. Bigelow, Q. Mahood, K. Scott-Dixon, *et al.* 2008. *Effectiveness and Implementation of Health and Safety Programs in Small Enterprises : A Systematic Review of Quantitative and Qualitative Literature*. Toronto, Canada : Institute for Work & Health.

MacEachen, E., K. Lippel, R. Saunders, A. Kosny, L. Mansfield, C. Carrasco et D. Pugliese. 2012. « Workers' Compensation, Experience-rating Rules and the Danger to Workers' Safety in the Temporary Work Sector ». *Policy and Practice in Health and Safety*, 10 (1), 77-95.

McDonald, N. et V. Hyrmak. 2002. *Safety Behaviour in the Construction Sector.* Dublin and Northern Ireland : Health and Safety Authority and Health and Safety Executive.

Messing, K. et S. Boutin. 1997. « Les conditions difficiles dans les emplois des femmes et les instances gouvernementales en santé et en sécurité du travail ». *Relations industrielles/ Industrial Relations*, 52 (2), 333-362.

Milgate, N., E. Innes et K. O'Loughlin. 2002. « Examining the Effectiveness of Health and Safety Committees and Representatives : A Review ». *Work*, 19, 281-290.

Muntaner, C., H. Chung, O. Solar, V. Santana, A. Castedo et J. Benach. 2010. « A Macro-level Model of Employment Relations and Health Inequalities ». *International Journal of Health Services*, 40 (2), 215-221.

Notkola, V., K. Husman, K. Tupi, R. Virolainen et J. Nuutien. 1990. « Farmers' Occupational Health Progamme in Finland, 1979-1987 ». *Social Science and Medicine*, 30 (9), 1035-1040.

O'Dea, A. et R. Flin. 2003. *The Role of Managerial Leadership in Determining Workplace Safety Outcomes*. Old Aberdeen : University of Aberdeen, Health & Safety Executive, RR-044.

O'Grady, J. 1998. *The Role of Joint Committees in Workplace Health and Safety : A Review of the Legislation and Previous Studies*. Research Paper for the Royal Commission on Workers' Compensation in British Columbia (Canada).

Organisation internationale du travail. 1981. *Convention n° 155 concernant la sécurité et la santé des travailleurs*. Genève : OIT.

Organisation internationale du travail. 1985a. *Convention 161 sur les services de santé au travail*. Genève : OIT.

Organisation internationale du travail. 1985b. *Recommandation 171 sur les services de santé au travail*. Genève : OIT.

Organisation internationale du travail. 1988. *R175 – Recommandation sur la sécurité et la santé dans la construction*. Genève : OIT.

Park, H., E. Ha, J. Kim, H. Jung et D. Paek. 2002. « Occupational Health Services for Small-Scale Enterprises in Korea ». *Industrial Health*, 40 (1), 1-6.

Plasse, M. 1988. *Santé et sécurité du travail : de la confrontation à la concertation*. Montréal : Éditions Agence d'Arc.

Price Waterhouse. 1990. *CSST : Synthèse comparée de l'évaluation du fonctionnement et des effets de l'application du règlement sur le programme de prévention*. Québec : Commission de la santé et de la sécurité du travail et PriceWaterhouse Coopers.

Quinlan, M. 1999. « Promoting Occupational Health and Safety Management Systems : A Pathway to Success – Maybe ». *Journal of Occupational Health and Safety*, 15, 535-542.

Rantanen, J. 2005. *Basic Occupational Health Services: Strategy, Structures, Activities, Resources*. Draft guideline published as a response to the Joint ILO/WHO Committee of Occupational Health. Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health.

Robson, L.S., H.S. Shannon, L.M. Goldenhar et A.R. Hale. 2001. *Guide to Evaluating the Effectiveness of Strategies for Preventing Work Injuries: How to Show Whether a Safety Intervention Really Works*. Cincinnati, OH: National Institute for Occupational Safety and Health.

Robson, L.S., J.A. Clarke, K. Cullen, A. Bielecky, C. Severin et P.L. Bigelow. 2007. « The Effectiveness of Occupational Health and Safety Management System Interventions : A Systematic Review ». *Safety Science*, 45 (3), 329-353.

Shannon, H.S., L.S. Robson et S.J. Guastello. 1999. « Methodological Criteria for Evaluating Occupational Safety Intervention Research ». *Safety Science*, 31, 161-179.

Simard, M. 1986. *Les représentants à la prévention : principaux résultats d'un sondage auprès d'établissements syndiqués*. Document de recherche. Montréal : Groupe de recherche sur les aspects sociaux de la prévention en santé et sécurité du travail, Université de Montréal.

Simard, M. 1987. *L'expérience des entreprises syndiquées québécoises en matière de santé et sécurité du travail : synthèse des principaux résultats de la recherche*. Document 87-03. Montréal : École des relations industrielles, Université de Montréal.

Simard, M. 2000. *Étude des mécanismes de prévention et de participation en santé-sécurité du travail au Canada (Rapport final)*. Montréal : Commission de la santé et de la sécurité du travail.

Simard, M. et A. Marchand. 1994. « The Behaviour of First-line Supervisors in Accident Prevention and Effectiveness in Occupational Safety ». *Safety Science*, 17 (3), 169-185.

Simard, M., C. Lévesque et D. Bouteiller. 1988. *L'efficacité en gestion de la sécurité du travail : principaux résultats d'une recherche dans l'industrie manufacturière*. Document de recherche. Montréal : Groupe de recherche sur les aspects sociaux de la prévention en santé et sécurité du travail, Université de Montréal.

Simard, M., A. Marchand, D. Dupéré et G. Thériault. 1992. *Évaluation de l'efficacité des approches et interventions de la fonction prévention-inspection de la CSST. Rapport final*. Document de recherche. Montréal : Groupe de recherche sur les aspects sociaux de la prévention en santé et sécurité du travail, Université de Montréal.

Smitha, M.W. 2000. *State Safety Law and Loss Prevention Efforts as Predictors of Safety Performance*. Birmingham : University of Alabama at Birmingham.

Smitha, M.W., K.A. Kirk, K.R. Oestenstad, K.C. Brown et S.-D. Lee. 2001. « Effect of State Workplace Safety Laws on Occupational Injury Rates ». *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 43 (12), 1001-1010.

Thomason, T. et S. Pozzebon. 2002. « Determinants of Firm Workplace Health and Safety and Claims Management Practices ». *Industrial and Labor Relations Review*, 55 (2), 286-307.

Tompa, E., S. Trevithick et C. McLeod. 2007. « Systematic Review of the Prevention Incentives of Insurance and Regulatory Mechanisms for Occupational Health and Safety ». *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 33 (2), 85-95.

Tuohy, C. et M. Simard. 1993. « The Impact of Joint Health and Safety Committees in Ontario and Quebec : A Study Prepared for the Canadian Association of Administrators of Labour Legislation ».

Vézina, M. 1989. « La prévention en santé et sécurité au travail : une réforme avant-gardiste inachevée ou inachevable? ». *Actes du colloque sur la prévention en santé-sécurité dans les secteurs prioritaires*. Montréal : CSN, 21-28.

Vézina, M., E. Cloutier, S. Stock, K. Lippel, É. Fortin, A. Delisle, M. St-Vincent, A. Funes, P. Duguay, S. Vézina et P. Prud'homme. 2011. *Enquête québécoise sur des conditions de travail, d'emploi, et de santé et de sécurité du travail (EQCOTESST)*. Études et recherches/Rapport R-691. Montréal : IRSST.

Vézina, M., S. Stock, R. Arcand, K. Lippel et A. Funes. 2014 (à paraître). *Comparaison des contraintes organisationnelles et physiques au niveau des six groupes prioritaires au Québec en 2007-2008*. Québec : INSPQ.

Walters, D. 2010. *The Role of Worker Representation and Consultation in Managing Health and Safety in the Construction Industry*. Genève : ILO.

Walters, D. et T. Nichols. 2007. *Worker Representation and Workplace Health and Safety*. New York : Palgrave McMillan.

Walters, D., T. Nichols, J. Connor, A.C. Tasiran et S. Cam. 2005. *The Role and Effectiveness of Safety Representatives in Influencing Workplace Health and Safety*. Research Report 363. Suffolk : HSE Books.

Walters, D., R. Johnstone, K. Frick, M. Quinlan, G. Baril-Gingras et A. Thébaud-Mony. 2011. *Regulating Workplace Risks : A Comparative Study of Inspection Regimes in Times of Change*. Cheltenham, UK et Northampton, MA, USA : Edward Elgar.

Westerholm, P. et D. Walters, dir. 2007. *Supporting Health at Work : International Perspectives on Occupational Services*. Wigston, UK : IOSH.

Wright, M. 1998. *Factors Motivating Proactive Health and Safety Management*. Research Report 179. Suffolk : HSE Books.

Wright, M., S. Marsden et A. Antonelli. 2004. *Building an Evidence Base for the Health and Safety Commission Strategy to 2010 and Beyond : A Literature Review of Interventions to Improve Health and Safety Compliance*. Research Report 196. Suffolk : HSE Books.

Yassi, A., J. Spiegel, B. Buck, M. Sykes, K. Lockhart et B. Stime. 2012. *The Effectiveness of Joint Health and Safety Committees : A Systematic Review*. Research Report for WorkSafeBC, Focus on Tomorrow. Richmond, B.C. : WorkSafeBC.

Yassi, A., K. Lockhart, M. Sykes, B. Buck, B. Stime et J.M. Spiegel. 2013. « Effectiveness of Joint Health and Safety Committees : A Realist Review ». *American Journal of Industrial Medicine*, 56 (4), 424-438.

RÉSUMÉ

Bilan relatif aux dispositions de la LSST : vers une application intégrale?

Plus de trente ans après l'adoption de la loi québécoise sur la santé et la sécurité du travail (LSST), la réglementation concernant le programme de prévention (PP), le programme de santé (PSSE), le comité de santé et de sécurité (CSS) et le représentant à la prévention (RP) n'a pas été étendue à tous les secteurs d'activité, tel que prévu, et les dispositions concernant les comités et les représentants sur les chantiers de construction n'ont pas été promulguées. Cela peut-il se justifier, compte tenu des connaissances scientifiques disponibles et de l'adoption de ces dispositions ailleurs? Voilà les questions auxquelles ce texte veut répondre. Dans la grande majorité des autres juridictions canadiennes, des dispositions similaires au PP, au CSS et au RP (dans les petits établissements) sont obligatoires dans tous les secteurs. Les études sur des systèmes similaires au PP montrent des résultats positifs; c'est le cas au Québec lorsque les études prennent en compte l'implantation effective et le contenu des programmes. Les revues des écrits sur les programmes de santé signalent des résultats positifs, dont l'implantation de mesures de prévention primaire, ce qu'indiquent les études québécoises. Au plan international, on observe que les résultats en SST sont plus favorables lorsqu'il y a participation représentative des travailleurs que si l'employeur s'en occupe seul. Les études soutiennent la pertinence de dispositifs comme les CSS, tout en identifiant les conditions nécessaires à leur efficacité. Les études québécoises indiquent aussi généralement des effets intermédiaires et finaux positifs. Quant aux représentants des travailleurs en SST, ils dynamisent l'action préventive. Sur les chantiers de construction, ces mécanismes de représentation ont un rôle favorable et important. Les travaux recensés démontrent le rôle déterminant du contexte et des conditions d'implantation, ce qui peut orienter les politiques publiques. Au total, le fait que ces dispositions au cœur de la LSST ne couvrent pas l'ensemble des secteurs d'activité économique ne peut se justifier sur la base des connaissances scientifiques et des obligations que l'on retrouve ailleurs. L'adoption de ces dispositions pourrait, dans les années à venir, servir de fondement à d'autres mesures nécessaires pour faire face aux changements de la relation d'emploi et de la nature du travail.

MOTS-CLÉS : législation, santé et sécurité du travail, prévention

SUMMARY

Overview of Provisions of the AROHS (Quebec): Towards a Generalized Application?

More than thirty years after the adoption of the Quebec Act respecting occupational health and safety (AROHS), the regulations respecting the prevention programme (PP), the health programme specific to the establishment, joint OHS committees (JOHSC) and workers' safety representatives (WSR) have not yet been

implemented in all occupational sectors, as was the original intention. The AROHS contains provisions respecting JOHSC's and WSR's on construction sites that are still not in force. Can this be justified, if one takes into account the cumulative scientific knowledge on these types of measures, and their adoption elsewhere? This article addresses these questions. In the vast majority of Canadian jurisdictions, measures such as the PP, the JOHSC and the WSR (in small workplaces) are mandatory in all economic sectors. Studies about systems similar to the PP show positive results, as is the case in Quebec when the effective implementation and the content of the programmes are take into account. Literature reviews on health programmes indicate positive results, such as the implementation of primary prevention measures, as is the case for studies completed in Quebec. At the international level, more favorable OHS results are observed where there is representative participation of workers than where the employer manages health and safety by itself. Studies support the relevance of provisions like the JOHSC, while also documenting the conditions necessary for effectiveness; studies from Quebec generally show positive intermediate and final results. As for the WSR, they stimulate preventive activities. In construction, these representation mechanisms have a positive and important role to play. The review of the scientific literature illustrates the determining role of context and the conditions of implementation: this may help define public policy. All in all, the fact that these provisions at the heart of the AROHS do not cover all economic activity sectors cannot be justified based on scientific knowledge and on their application in other jurisdictions. Their adoption could, in the future, serve as the foundation for other measures that are required to respond to the changes in employment relations and the nature of work.

KEYWORDS: legislation, health and safety at work, prevention

RESUMEN

Balance relativo a las disposiciones de la LSSO: ¿Hacia una aplicación integral?

Después de más de treinta años de la adopción d la ley quebequense sobre la salud y la seguridad ocupacional (LSSO), la reglamentación concerniente al programa de prevención (PP), al programa de salud (PSSE), al comité de salud y seguridad (CSS) y al representante a la prevención (RP) no ha sido extendida a todos los sectores de actividad, tal como estaba previsto, y las disposiciones concernientes a los comités y a los representantes en las obras en construcción no han sido promulgadas. ¿Teniendo en cuenta los conocimientos científicos disponibles y la adopción de estas disposiciones en otros lugares, puede esto justificarse? He allí las cuestiones que este texto pretende responder. En la gran mayoría de otras jurisdicciones canadienses, las disposiciones similares al PP, al CSS y al RP (en los pequeños establecimientos) son obligatorias en todos los sectores. Los estudios sobre sistemas similares al PP muestran resultados positivos; es el caso en el Quebec cuando los estudios toman en cuenta la implantación efectiva y el contenido de programas. La revisión de

literatura sobre los programas de salud indica resultados positivos, incluyendo la implantación de medidas de prevención primaria; los estudios quebequenses lo confirman. En el plano internacional, se observa que los resultados en SSO son más favorables cuando existe una participación representativa de los trabajadores que cuando el empleador lo asume solo. Los estudios sostienen la pertinencia de dispositivos como los CSS, identificando igualmente las condiciones necesarias a su eficacidad. Los estudios quebequenses indican también, de manera general, efectos positivos intermediarios y finales. En cuanto a los representantes de los trabajadores en SSO, éstos dinamizan la acción preventiva. Sobre las obras en construcción, esos mecanismos de representación tienen un rol favorable e importante. Los trabajos revisados demuestran le rol determinante del contexto y de las condiciones de implantación, lo que puede orientar las políticas públicas. En conjunto, el hecho que estas disposiciones centrales de la LSSO no cubren el conjunto de los sectores de actividad económica no puede justificarse sobre la base de los conocimientos científicos y de las obligaciones existentes en otros lugares. La adopción de estas disposiciones podría servir de fundamento, en los años venideros, a otras medidas necesarias para enfrentar los cambios de la relación de empleo y de la naturaleza del trabajo.

PALABRAS CLAVES: legislación, salud y seguridad ocupacional, prevención